



भारत स्काउट एवं गाइड, मध्यप्रदेश राज्य मुख्यालय,  
शांति मार्ग, श्यामला हिल्स रोड, भोपाल

Website: www.bsgmp.net, E\_mail bsgmadhypradesh@gmail.com phone no. 2661263, Fax: 2737446

**-: राज्य स्तरीय रोवर-रेंजर ट्रेकिंग हेतु आवेदन-पत्र :-**

1. कार्यक्रम का नाम : .....
2. अवधि दिनांक : .....
3. आवेदन का नाम : .....
4. संस्था/शाला का नाम : .....
5. पिता का नाम : .....
6. जन्मतिथि : .....

02 पासपोर्ट साइज  
फोटोग्राफ यूनिफार्म  
युक्त आवेदन के  
साथ संलग्न करे एवं  
01 फोटोयहाँ चस्पा  
करें।

(अंकसूची अथवा प्रमाण-पत्र संलग्न करें)

7. वर्तमान पता (निवास स्थल) : .....
- दूरभाष क्र..... मोबाईल न.....  
ई-मेल.....
8. पंजीयन राशि बैंक ड्राफ्ट क्र. : ..... दिनांक.....
9. ग्रुप का नाम : .....
10. पंजीयन चार्टर क्रमांक : ..... दिनांक.....
11. वारंट क्रमांक : ..... दिनांक.....
12. स्काउटिंग/गाइडिंग अनुभव : .....
13. विशेष रुचि या अन्य को सूचना : .....

मैं यह बचन देता हूँ/देती हूँ कि स्काउटिंग/गाइडिंग के नियमों के अनुसार उक्त कार्यक्रम मे पूर्ण समय अनुशासन में रहकर संचालक के निर्देशो का पालन करूंगा/करूगी। यदि कोई चोट, बीमारी या दुर्घटना होती है तो इसके लिए मैं किसी भी स्तर पर भारत स्काउट एवं गाइड मध्य प्रदेश को उत्तरदायी नहीं बनाऊंगा/ बनाऊंगी तथा मैं स्वयं इसके लिए उत्तरदायी रहूंगा/रहूंगी/ मैं किसी भी संक्रामक रोग अथवा बीमारी से ग्रसित नहीं हूँ। मेरा स्वास्थ्य पूर्ण रूप से ठीक है।

स्काउटर/गाइडर

आवेदक के हस्ताक्षर

(अभिभावक की स्वीकृति)

मैं..... पिता/पति श्री..... निवासी  
..... यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि अपने पुत्र/पुत्री को  
भारत स्काउट एवं गाइड मध्य प्रदेश में भाग लेने की सहर्ष स्वीकृति देता/देती हूँ। साहसिक कार्यक्रम के  
दौरान कोई दुर्घटना होने पर आयोजको को दोषी नहीं ठहराया जावेगा।

दिनांक :-

हस्ताक्षर

(माता/पिता/पालक)

(2)

अनुशांसा सहित अग्रेषित

सहायक राज्य संगठन आयुक्त (स्का.गा.)  
पद मुद्रा एवं हस्ताक्षर

जिला कमिश्नर (स्का.गा.)  
पद मुद्रा एवं हस्ताक्षर

(चिकित्सा प्रमाण-पत्र)

1. नाम :.....
2. पता :.....
3. जन्मतिथि :.....
4. वर्तमान अथवा पूर्व बीमारी के कोई लक्षण:.....
5. चोट/शल्य चिकित्सा यदि पूर्व में हुई तो उसका उल्लेख करें :.....  
.....एवं वर्तमान की स्थिति:.....
6. किसी दवा अथवा भोजन से कोई संक्रमण हो तो उसका उल्लेख करें :.....  
.....  
.....

7. क्या आवेदक निम्न मे से किसी रोग से ग्रस्त है ?

- |                    |          |
|--------------------|----------|
| 1. संक्रमण रोग     | हाँ/नहीं |
| 2. चर्मरोग         | हाँ/नहीं |
| 3. मस्तिष्क रोग    | हाँ/नहीं |
| 4. हृदय रोग        | हाँ/नहीं |
| 5. मधु रोग         | हाँ/नहीं |
| 6. अन्य कोई बीमारी | हाँ/नहीं |

मैंने आज दिनांक...../...../.....को श्री/श्रीमती.....आत्मज श्री.....  
.....के स्वास्थ्य का परीक्षण किया और पाया कि इनका स्वास्थ्य ट्रेकिंग में जाने  
योग्य/अयोग्य है।

चिकित्सा अधिकारी  
पद मुद्रा एवं हस्ताक्षर  
रजिस्ट्रेशन नम्बर व पद